



( พ )

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ( นาย/ นาง/ นางสาว ).....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่ .....

เดือน.....พ.ศ. ....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย/ นาง/ นางสาว.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง
2. โรคทำร้ายในระยะเวลาที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. ติดสารเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง
4. โรคจิตต่าง ๆ
5. โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
6. โรควัณโรคในระยะอันตราย
7. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
8. กามโรคในระยะที่มีฝิ่นหรือแผลตามผิวหนัง
9. โรคอื่น ๆ ในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พบว่า ( นาย/ นาง/ นางสาว ).....

ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

เป็นโรค.....อยู่ในระยะ.....

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและผดุงครรภ์

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ